

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*23.04.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	

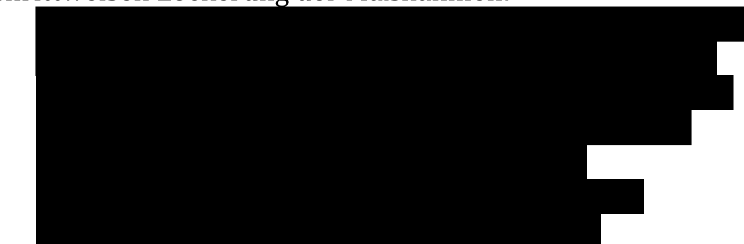
Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12 
  - 
- FG14
  -
- FG 32
  - 
  -
  -
- FG34
  - 
- FG36
  - 
  - 
- FG37
  - 
- IBBS
  - 
- L1
  - Joachim Mehlitz
- Presse
  -
- ZIG1
  -
- BZGA
  -
- Bundeswehr
  -

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ [redacted] [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted] ▪ [redacted] ○ [redacted]	ZIG1/BZgA

	▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ○ [geschwärzt]	
	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 148.046 (+2.352), davon 5.094 (3,4%) Todesfälle (+215), Inzidenz 178/100.000 Einw., ca. 103.300 Genesene, R=0,9 (95% KI 0,7-1,0, Stand 22.04.) ○ Zu allen Zahlen und Darstellungen siehe Folien ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt]	FG32

-
  - Insgesamt weiter abnehmende Inzidenz, bei den übermittelten Fällen der letzten drei Tage gibt es nur einen LK, der über 50 Fälle/100.000 Einwohner liegt.
  - Notaufnahme-Surveillance: [geschwärzt] wird nächste Woche Daten genauer vorstellen. Vorab: Bei Auswertung nach Triage-Code sieht man, dass weniger leichtere Fälle (Triage Code 5) die Notaufnahmen besuchen (Daten aus AKTIN). Interesse daran diese Daten auch in Lagebericht darzustellen, da viele Nachfragen dazu. Bei Besuchen in Notaufnahmen z.T. auch Besuche aufgrund von KP-Testungen erfasst.
  - Mortalitätssurveillance:
    - EUROMOMO: Man sieht europaweit eine Exzessmortalität über alle Altersgruppen, 2020 sehr kleine Influenzawelle, aber danach starker Anstieg, trotz Maßnahmen höher als die Influenzawellen in den 3 Jahren zuvor.
    - Es wäre wichtig bei der gegenwärtigen Diskussion zur Bewertung des Geschehens sich nicht nur auf Transmissionsparameter zu beziehen, sondern auch die klinische Schwere und dem Impact von COVID zu kommunizieren.
    - Es gibt Sprachregelung vom BMG in die [geschwärzt] den Aspekt der Schwere eingebracht hat, aber dabei geht es um die Erläuterung von R. Wichtig wäre unsere Bewertung des Geschehens und die Wirksamkeit der Maßnahmen im Bezug auf die Schwere darzustellen.
  - Testungen
- DIVI Intensivkapazitäten: derzeit 35.000 freie Betten
- Syndromische Surveillance
  - Nachfrage zur begleitenden Surveillance während der schrittweisen Lockerung der Maßnahmen:
    - 
    - In 80% ist COVID eine ARE. Derzeit werden auch schon Syndrome ohne Husten und Fieber erfasst, andere spezifische Marker kann man ebenfalls kurzfristig kombinieren.
    - Vorteil der syndromischen Surveillance ist Schnelligkeit und ein unverzerrteres Bild. Laborteste können Bild verzerrt darstellen (z.B. durch vermehrtes Testen in KH und Altenheimen).
    - Zentrale Voraussetzung für die Lockerung der Maßnahmen ist zudem eine Teststrategie nach der sehr viel in wohlüberlegten Bereichen getestet wird und durch die demnach sensitiv auch kleinere Veränderungen identifiziert werden können.

Alle

	▪ Beide Systeme (syndromische Surveillance und Testungen) sollten parallel weiter ausgebaut werden, um eine höhere Sensitivität zu erreichen. ▪ Nach dem abgestimmten Flussschema sollen alle Atemwegserkrankungen gleich welcher Schwere getestet werden. ▪ Derzeit geht es in AG Diagnostik eher um Konsolidierung und nicht so sehr um eine starke Erweiterung der Testkapazitäten. [geschwärzt] sendet Diskussionsvorschlag der AG Diagnostik an Krisenstab und wird [geschwärzt] informieren. o Diskussion zu aktuellem Stand der Teststrategie, je nach Verfügbarkeit von [geschwärzt] am 24.04. oder in der folgenden Woche.AG Influenza	FG37
	• Testkapazität und Testungen o ARE (Folien hier): ▪ Tage zwischen Entnahme und Testung pro BL: [geschwärzt] ▪ Ein schnelles Ergebnis ist notwendig, sollte wenn möglich unter einem Tag vorhanden sein. Dort wo sehr viel getestet wird, nicht immer zu leisten. ▪ Aufgliederung der Kategorie „Andere“ ▪ Anzahl Testung pro 100.000: viele Teste bei <80-Jährigen 60-79-Jährige werden nicht mehr getestet als jüngere. ▪ Ggf. ist bei 60-79-Jährigen die Inzidenz geringer, da diese sich besser selbst schützen können, (weder im Beruf, noch im Altenheim), daher ggf. nicht so oft Testindikation gestellt. Dafür spricht, dass die Anzahl der pos. Tests in dieser Altersgruppe nicht höher liegt als als bei den jüngeren Altersgruppen ▪ Die Anzahl positiven Tests pro 100.000 bei >80-Jährigen geht zurück, wahrsch. wg Testungen bei Ausbrüchen in Altersheimen ▪ In Zukunft sollen auch Ct-Werte übermittelt werden. ▪ Auswertung mit Altersgruppen ist wichtig. Derzeit Kinder und Jugendliche i.d.R. nicht getestet, da hauptsächlich asymptomat. Bei der Teststrategie sollte klar definieren sein welche Ziele erreicht werden sollen, und dass es einheitlich deutschlandweit umgesetzt wird.	BZgA/alle
	• Nachfrage Kommunikation mit Bevölkerung bei Bedarf an Testung: o Derzeit auf BZgA Materialien PLZ-Suche zum Kontakt mit ÖGD zur Testung o Testungen ohne Symptome höchstens in Ausbruchsuntersuchungen (KP), Aufnahmescreenings etc. o Bevölkerung sollte bei Symptomen, die sie abklären lassen wollen ärztliche Bereitschaft (116117) anrufen. Es sollte nicht ohne Symptome getestet werden. o In BL z.T. zusätzlich auch andere Hotlines geschaltet	

	○ Ärztliche Bereitschaftshotline ist inzwischen gut aufgestellt, keine großen Wartezeiten mehr, aber nicht überall gut bekannt, sollte ggf. weiter kommuniziert werden	
2	**Erkenntnisse über Erreger** • Zur Beantwortung einer ARD-Anfrage wurden dermatologische Erscheinungen näher betrachtet [geschwärzt], wird auch in Steckbrief einfließen. Es finden sich bei einigen Patienten Exantheme, Einblutungen etc., Rezeptor auch in Endothelien	FG36
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf	
4	**Kommunikation** [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] **Presse** • Sehr viele Anfragen zu Risikogruppen, Interesse an BZgA Dokument • Webseite zu Risikogebieten wird offline genommen. Irgendwas auf Webseite zu Fallzahlen • Im Aufbau eine Webseite zu Testkapazitäten mit dem Tabelle aus Lagebericht, wird jeweils Do früh aktualisiert	[geschwärzt] Presse
5	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • ÖGD-Stärkung: Die CdS-Beschlussvorlage hat nur die Punkte umfasst, die schon beschlossen waren, die anderen (u.a. finanzielle und personelle Stärkung des RKI) werden jedoch noch weiter diskutiert. *ToDo: [geschwärzt] sendet erstes Konzept für Kontaktstelle an BMG* **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	FG32
6	**Dokumente** • Sprachregelung zu Konzepten von Institutionen/Organisationen/Verbänden ○ Wurde am 22.04. besprochen. Es werden nach Möglichkeit nur fachliche Anfragen beantwortet. ○ BMG unterstützt Entscheidung. BMG hat nach Rücksprach des LZ mit [geschwärzt] das RKI aufgefordert eine Sprachregelung zu erstellen. Presse erstellt diese bis morgen DS. • [geschwärzt]	FG36

<table>
<tr><td></td><td>[geschwärzt]
Ggf. wurden hier verschiedene Entwicklungen vermischt (DEMIS-Beschleunigungsaktion und PEPP-PT App)
Bei der App soll es eine TAN/einen Aktivierungscode geben, als Bestätigung, dass man selbst auch wirklich positiv getestet wurde.
ToDo: Hr Wieler kontaktiert [geschwärzt], der in Kontakt mit der KV steht.</td><td></td></tr>
<tr><td>7</td><td>Labordiagnostik
[geschwärzt]
Täglich normalerweise 10-20 Proben zur Testung</td><td>FG12</td></tr>
<tr><td>8</td><td>Klinisches Management/Entlassungsmanagement
Dokument zur Pneumologie/Beatmungsmedizin (auch verlinkt): COVID-19 wird als 3-phasige Erkrankung dargestellt: frühe Phase, pulmonale Manifestation, hyperinflammator. Phase
[geschwärzt]
[geschwärzt]
IBBS vermittelt Einzelfälle an ZBS1, ansonsten wird auf die Studie von FG37 gewartet
Eine Fachgruppe Intensivmedizin/Infektiologie wird auf Anregung von BMI/BMG eingerichtet, setzt sich aus DIVI, STAKOB und DVI zusammen, IBBS nimmt teil, Aufgaben: Strateg. Patientenverlegung, Praktische Erfahrungen für Mediziner, Visitenroboter bei Mangel an Fachexpertise</td><td>IBBS/FG36</td></tr>
<tr><td>9</td><td>Maßnahmen zum Infektionsschutz
In der BMG TK wurde heute früh gesagt, dass Hr. Spahn dem RKI letzte Woche den Auftrag zur Erarbeitung eines Konzepts zur Impfung erteilt hätte
Es gibt eine große Erwartungshaltung
Es ist nur bekannt, dass die STIKO grds. dazu berät
FG33 wurde heute kontaktiert.
ToDo: [geschwärzt] klärt die Frage mit [geschwärzt]</td><td>FG32</td></tr>
<tr><td>10</td><td>Surveillance
Rechtsänderung IfSG
Vorschläge des RKI sind am 22.04. im BMG eingegangen und wurden vom BMG eingearbeitet.
Serologische Untersuchungen
Zunächst wird die Studie mit Blutspendern begonnen, Hotspot-Untersuchungen folgen danach</td><td>FG32

AL2</td></tr>
</table>

	• Steuerungsgruppe zu serolog. Untersuchungen tagt am 23.04. nachmittags. Es gibt mehrere offene Punkte/Fragen: Kohortenbildung, Kinder, Landkreise • [geschwärzt] • Es ist wichtig sichtbar mit den Serostudien zu beginnen • Kinder sollten unbedingt einbezogen werden, da gerade dazu Studien fehlen	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Heute TKs mit AkKÜ und der AG IGV-benannte Flughäfen	FG32
12	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
13	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 24.04.2020, 13:00 Uhr [geschwärzt]	